

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 73

LES FAUX ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARIÉTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 11 Mars 1944

PAR

HENRY MALLET

né le 21 septembre 1919, à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE <i>professeur.</i>		
		MONNIER, <i>agrégé.</i>		
		TRUC, <i>agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

MALLET (Henry). -

Les faux abdomens aigus d'origine pariétale. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 36 pp.*

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 73).

MALLET (Henry). -

Les faux abdomens aigus d'origine pariétale. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 36 pp.*

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 73).

MALLET (Henry). -

Les faux abdomens aigus d'origine pariétale. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 36 pp.*

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 73).

MALLET (Henry). -

Les faux abdomens aigus d'origine pariétale. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 36 pp.*

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 73).

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 73

LES FAUX ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARIÉTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 11 Mars 1944

PAR

HENRY MALLET

né le 21 septembre 1919, à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur. président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, <i>professeur.</i>		
		MONNIER, <i>agrégé.</i>		
		TRUC, <i>agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, ass.
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	EUZIERE, doy. hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	BOUDET.
Clinique de dermato-syphilligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale ..	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie ..	CARRERE, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	HARANT, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie ..	HARANT, agrégé		MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. expérim. .	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér..	ROUX, agrégé.
Clin. interne ..	PUECH, professeur.	Accouchements .	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, agr.
contagieuses ..	JANBON, profes	Stomatologie ..	HOUPERT, docteur en
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.		MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie ..	CARRERE.	Accouchements .	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.



MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

En octobre 1939, alors que ma classe n'avait pas encore été appelée sous les drapeaux, Monsieur le Professeur Laux me disait un jour, au laboratoire d'anatomie, les facilités faites à certains de ses camarades, au retour de la guerre, en 1918, pour accélérer le rythme de leurs études. Nous ne savions pas alors que nous serions mobilisés ensemble quelques mois plus tard, je ne savais pas qu'après trois ans de service militaire, je verrais à mon tour ma vie d'étudiant se terminer par un trop bref séjour à la Faculté.

Après l'armistice, les circonstances me permirent de rejoindre mon Maître, le Professeur Aimes, à l'hôpital auxiliaire du Petit-Lycée, de bénéficier à nouveau de ses enseignements, de mieux comprendre à l'exemple de sa haute valeur professionnelle, unie à tant de bonté et de patience inlassable à l'égard de ses malades, toute la beauté de la carrière que j'avais choisie.

Aujourd'hui, cette carrière va s'ouvrir devant moi: qu'il me soit permis, avant de l'embrasser, de remercier Monsieur le Professeur Granel et Monsieur le Professeur Laux qui ont bien voulu me guider dans l'étude des sciences morphologiques médicales et me réserver toujours, dans leurs laboratoires, un bienveillant accueil.

Ma reconnaissance va également à Monsieur le Professeur Aimes et à Monsieur le Professeur Caderas de Keralau. Qu'ils veuillent bien agréer le témoignage de ma profonde gratitude pour l'exemple et l'enseignement précieux que j'ai reçus d'eux.

J'adresse une pensée amicale à mes camarades et remercie le Docteur Yves Guerrier qui m'a conseillé dans l'exécution de ce modeste travail. Enfin, je ne puis manquer d'évoquer ici l'amitié qui me lie au Docteur Lucien Gibert depuis le début de nos études, amitié scellée par les longues soirées de travail en commun.

LES FAUX ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARIETALE

I

INTRODUCTION

A propos d'une observation, M. le Professeur Aimes a bien voulu nous charger de revoir la question des *Pseudo-abdomens aigus d'origine pariétale*. Nous entendons, sous ce terme, l'ensemble des lésions de la paroi abdominale, spontanées ou provoquées, capables d'en imposer pour une lésion des organes sous-jacents commandant l'intervention.

Éliminons le « ventre de bois », consécutif à une injection hypodermique, dont les anamnétiques, soigneusement recherchés, permettront le diagnostic. Nous nous contenterons, en limitant le sujet, d'étudier les ruptures du muscle grand droit de l'abdomen, car ce sont les plus fréquentes: il n'existe, en effet, dans la littérature, qu'une ou deux observations concernant l'atteinte des muscles larges; et parmi ces ruptures, nous nous bornerons à l'étude des ruptures incomplètes; les autres, les ruptures complètes, présentent une symptomatologie tout à fait caractéristique et l'examen clinique permet, le plus souvent, d'en faire le diagnostic à première vue. Nous proposons donc de revoir la question des ruptures incomplètes ou fibrillaires du muscle grand droit de l'abdomen. Avant l'étiologie et la symptomatologie de ces lésions, il est intéressant de suivre l'évolution d'un cas exceptionnel observé par M. le Professeur Aimes, et dont voici l'observation:

Mme R. M..., âgée de 70 ans, avait éprouvé, dix-sept ans

avant l'accident actuel, en soulevant un de ses enfants, une sensation de déchirure profonde dans le bas-ventre, suivie de l'apparition d'une tuméfaction. Elle se croyait atteinte d'une hernie inguinale; en réalité, il s'agissait d'une véritable éventration, située au-dessus et en dedans de la région inguinale droite; depuis cet accident, elle portait une ceinture abdominale.

Dans ses antécédents, on trouvait des crises d'hémorroïdes, une métrite chronique; elle avait eu trois enfants (deux en bonne santé, un décédé de méningite, à l'âge de six mois). Pas de fièvre typhoïde.

Le 17 février 1934, vers midi, au cours d'une quinte de toux, la tuméfaction grossit, devient douloureuse, et, pour la réduire, la malade presse fortement; la réduction est ainsi obtenue, mais les douleurs sont plus vives et il persiste une masse profonde très sensible.

A l'examen, une heure après le début des accidents, on trouve une tumeur allongée verticalement à droite, le long du bord externe du muscle grand droit. Cette symptomatologie faisant penser à une réduction en masse, la malade est opérée à 13 heures, sous rachinesthésie, à la scurocaine (0 gr. 08).

Les fibres du grand oblique sont très amincies et écartées; autour du sac, on trouve un hématome volumineux et une rupture à peu près complète du muscle grand droit, à droite. L'hématome est évacué et un prélèvement est fait sur le muscle déchiré; réfection de la paroi. Les gaz sont émis le lendemain; réunion *per primam*.

L'examen microscopique des fragments du muscle prélevés au cours de l'intervention ne révèle aucune lésion pathologique.

Depuis son opération, la malade n'a présenté qu'une crise bénigne de cystite en avril 1934. Elle est décédée en juillet 1943, sans avoir présenté de récurrence.

II

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Les causes des ruptures fibrillaires sont nombreuses. On distingue :

- *les ruptures spontanées;*
- *les ruptures provoquées.*

Les ruptures provoquées sont, en général, le résultat d'un traumatisme portant sur la paroi abdominale et dû à un corps contondant de large surface (tampon de wagon). L'examen clinique et les anamnestiques permettent d'ordinaire un diagnostic aisé; mais il faut penser aux lésions sous-jacentes possibles. Il est intéressant de voir que, dans certains cas, un traumatisme de peu d'importance suffit à provoquer la rupture musculaire. Quelques auteurs ont signalé des cas de ruptures musculaires à la suite de la chute d'un livre sur la paroi abdominale: il semble, là, que la lésion soit moins due au traumatisme lui-même qu'à une contraction réflexe violente et incoordonnée.

L'observation que nous présentons peut être classée parmi les ruptures provoquées du muscle grand droit :

l'étiologie de cette lésion suscite l'intérêt non seulement du fait de sa rareté et de sa curiosité, mais encore à cause de l'importance des conséquences médico-légales possibles ; au cours d'un taxis, les accidents les plus courants sont la réduction en passe, la réduction partielle, les hémorragies, les perforations ; les ruptures musculaires sont, elles, exceptionnelles. La question, dans le cas que nous présentons, revêt moins d'importance puisqu'il s'agit d'un auto-taxis : mais si la lésion avait fait suite à un taxis pratiqué par le chirurgien, elle aurait pu entraîner sa responsabilité.

Les ruptures spontanées reconnaissent des étiologies très diverses ; on peut les classer en :

— ruptures spontanées par faiblesse ;

— ruptures spontanées par effort.

Parmi les ruptures spontanées par faiblesse, les plus connues sont localisées au grand droit et relèvent d'une myosite. La myosite typhique, qui survient d'ordinaire au cours du troisième septenaire de la fièvre typhoïde, doit son importance au fait que si sa symptomatologie est mal connue, elle peut en imposer pour une perforation des plaques de Peyer. Plus rares sont les ruptures spontanées du grand droit par myosite d'origine variolique, puerpérale, paludéenne ou diabétique.

Dans l'étiologie des ruptures spontanées par faiblesse, il faut retenir les « méiopragies ». Ce terme pa été créé par Noël Fiessenger, pour désigner l'état d'un organe qui, par suite d'une lésion antérieure du système vasculaire terminal, se trouve en état d'infériorité fonctionnelle. C'est ce qui se produit dans l'hémophilie où la lésion vasculaire

conditionne une fragilité musculaire qui favorise la production de rupture fibrillaire avec hématome.

D'après Poulain, l'insuffisance hépatique favoriserait, elle aussi, les hématomes musculaires. Dans les cirrhoses on les note soit à la période terminale, et, dans ce cas, le rôle de l'ascite peut en donner une explication mécanique, soit au début, avant même que le diagnostic de cirrhose ne soit établi, et c'est alors la rupture musculaire avec hématome qui ouvre la scène avec le début brutal qui la caractérise. Seule, cette seconde forme de rupture musculaire chez un insuffisant hépatique, entre dans le cadre de notre étude; nous excluons donc les cas d'hématomes musculaires insidieux, signalés par Lœper et Turpin, où la tuméfaction et l'ecchymose attiraient à peine l'attention.

Tapie signale des cas de ruptures musculaires du grand droit dans la leucémie myéloïde.

Enfin, les ruptures spontanées par faiblesse peuvent avoir une origine, à proprement parler, vasculaire. Il s'agit là de formes différentes des précédentes, mais, entre elles, existe toute une gamme de formes intermédiaires, permettant de passer insensiblement des unes aux autres. Les ruptures artérielles intéressent le plus souvent les vaisseaux épigastrique: soit le tronc principal, soit les branches collatérales; tels sont les cas cités par Payne, dans lesquels l'artériosclérose, la syphilis, avaient prédisposé les malades à de telles lésions. Girot cite le cas d'un hématome du grand droit, survenu chez un sujet hypertendu, pour lequel le diagnostic de « hernie ombilicale étranglée d'emblée » avait été primitivement porté, et celui d'un hématome du muscle grand droit, survenu chez un variqueux.

Nous voyons donc, dès maintenant, que le diagnostic de la lésion primitive, que nous poserons en étudiant la pa-

thogénie de ces ruptures musculaires, est souvent délicat : la rupture musculaire a-t-elle précédé la lésion vasculaire, ou cette dernière existait-elle avant la lésion musculaire ?

Les ruptures spontanées par effort se rencontrent fréquemment au cours d'efforts de toux, et c'est le cas de l'observation que nous avons rapportée au début de cet exposé. Il est remarquable de constater que de tels accidents se produisent presque exclusivement chez des multipares, ou, comme l'a rapporté Massenbach, chez des femmes enceintes.

On peut les voir aussi au cours de mouvements inusités, de vomissements, enfin chez les obèses.

Mais les cas les plus fréquents sont ceux que l'on observe chez les jeunes soldats, et, plus particulièrement, parmi les cavaliers. Pourquoi cette élection ? Pourquoi les pseudo-abdoments aigus du jeune soldat sont-ils plus fréquents que la fausse péritonite du jeune sportif, signalée par Mondor, dans son « diagnostic différentiel des péritonites » ? En voici, nous semble-t-il, la raison : l'entraînement sportif chez les civils est, d'une manière générale, plus progressif, plus surveillé, plus rationnel ; tandis que parmi les civils les sportifs constituent une sélection (ne pratique un sport violent que celui qui possède des aptitudes particulière), dans l'armée il s'agit moins de former une élite de champions que d'amener la totalité des jeunes recrues, dans un minimum de temps, à un type physique d'homme moyen, capable d'évoluer dans une unité de manœuvre, et de donner le maximum de rendement dans les fonctions dévolues à son arme. Ces jeunes hommes, venus pour la plupart de la campagne ou des usines, seront donc soumis à un entraînement sportif auquel ils n'avaient pas été pré-

parés, souvent sans progression, ou, en tous cas, à une cadence trop rapide.

Les jeunes cavaliers, en particulier, n'auront certainement pas, dès les premières séances d'équitation, la souplesse nécessaire pour se tenir en selle sans faire fréquemment de violents efforts pour rétablir leur équilibre. En effet, la plupart des observations rapportées dans la littérature concernent de jeunes cavaliers atteints de douleurs brutales en « s'enlevant en selle », ou au cours d'exercices tels que « à terre, à cheval », « trot enlevé ». Parfois, encore, il s'agit d'un cavalier inexpérimenté, qui n'aura pas su maîtriser ses réflexes et aura réagi à un écart de sa monture par une contraction involontaire, brutale et incoordonnée de ses muscles grands droits.

La rupture musculaire consécutive à de tels efforts siège le plus souvent sur le bord externe du muscle droit, à droite, et à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de ce muscle. Ceci explique la fréquence du diagnostic d'appendicite aiguë primitivement porté.

III

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES

Les lésions fibrillaires du muscle grand droit de l'abdomen sont le plus souvent caractérisées par la concomitance de lésions musculaires proprement dites et de lésions vasculaires. Tels auteurs attribuent les perturbations primitives aux fibres musculaires, d'autres aux vaisseaux: si bien qu'il est souvent difficile de séparer la question de la rupture incomplète de celle des hématomes de la paroi abdominale. Au cours des myosites, on trouve des lésions vasculaires; au cours de lésions vasculaires, en apparence primitives, on constate la présence de fibres musculaires rompues. Ce problème, qui se pose plus particulièrement dans le cas d'hématomes circonscrits de la paroi au cours de la grossesse, a été récemment étudié par Massenbach: cet auteur montre que, dans le cas de la grossesse, il ne semble pas qu'il y ait altération d'origine infectieuse des faisceaux musculaires, et s'en tient à constater que les muscles abdominaux ont subi une diminution de leur résistance, surtout chez les multipares,

D'autres auteurs, tels que Payne, font jouer un rôle aux lésions veineuses que l'on observe couramment dans un très grand nombre de gravidités.

Enfin, Dixon Hughes cite le cas d'un hématome de la paroi, consécutif, à une rupture primitive d'une collatérale de l'épigastrique.

En résumé, il est souvent bien difficile d'affirmer quelle est la lésion qui a précédé l'autre.

Comme nous l'avons fait remarquer, au début de cette étude, les muscles grands droits de l'abdomen semblent seuls susceptibles de se léser au cours d'efforts violents: un seul cas irréfutable de rupture des muscles larges de l'abdomen est cité par Jarjavay; il s'agit d'une rupture du muscle grand oblique située à un travers de doigt au-dessus du canal inguinal.

Le muscle grand droit se rompt presque toujours près des insertions des fibres musculaires sur les tendons terminaux ou sur les intersections tendineuses. La rupture se fait selon un axe perpendiculaire aux fibres, ce qui entraîne un véritable diatasis où s'organise l'hématome, souvent important, étant donné les anastomoses qui unissent l'artère mammaire interne à l'artère épigastrique.

Du point de vue anatomo-pathologique, Dardanelli distingue cinq degrés de ruptures du grand droit:

1° *Rupture de l'aponévrose superficielle;*

2° *Rupture de l'aponévrose superficielle avec éraillure musculaire;*

3° *Rupture de l'aponévrose superficielle avec rupture musculaire vraie;*

4° *Rupture intéressant les aponévroses superficielle et profonde, ainsi que la totalité de la masse musculaire;*

5° *Rupture des aponévroses, du muscle, et dilacération du péritoine.*

Nous distinguerons plus simplement les ruptures incomplètes, complètes et compliquées.

Les ruptures *complètes* comportent une section du muscle et une atteinte de sa gaine. Les ruptures *compliquées* supposent, en outre, une atteinte péritonéale. Nous limiterons notre exposé aux ruptures *incomplètes* ou partielles; elles peuvent, selon les cas, intéresser:

La fibre aponévrotique;

La fibre musculaire;

Les fibres musculaires et aponévrotiques;

Les fibres musculaires, aponévrotiques et les vaisseaux.

Macroscopiquement: les ruptures musculaires se manifestent, outre la dilacération des fibres, par des hématomes et des hernies.

L'hématome peut être collecté dans la gaine du grand doigt: il revêt alors une forme caractéristique en « galet »; s'il y a éraillure de l'aponévrose superficielle, on aura à faire à un hématome en « bouton de chemise », qui se manifestera par une ecchymose importante; enfin, en cas de solution de continuité dans l'aponévrose profonde, il y aura formation d'un véritable hématome sous-péritonéal. Cet hématome sous-péritonéal expliquerait l'état de « choc » dont P. Suire a étudié la pathogénie dans son « Choc traumatique et hématomes péri-péritonéaux pelviens et lombaires » (*Presse Médicale* du 3 avril 1943).

Les hernies, à la suite de rupture du grand droit, ne sont pas acceptées par tous les auteurs; Reclus et Duplay contestent leur existence. En réalité, il ne s'agit pas de hernies musculaires vraies, c'est-à-dire « d'une tumeur formée par l'issue d'une portion de muscle non rompu au travers d'un orifice accidentel de la gaine aponévrotique », mais de l'issue hors de la gaine de fibres musculaires rompues; du point de vue clinique, le diagnostic est aisé: tandis que le volume d'une hernie vraie est réduit au cours de la contraction, celui d'une pseudo-hernie par rupture musculaire est augmenté!

Microscopiquement, en dehors des lésions d'artérite et d'artério-sclérose, qui, nous l'avons vu, à propos de l'étiologie, peuvent jouer un rôle dans la production des ruptures musculaires par faiblesse, il est particulièrement intéressant d'étudier les modifications histologiques subies par le muscle au cours des myosites.

Ces modifications sont d'ordre inflammatoire banal, ou se présentent sous forme de dégénérescences.

Il s'agit de dégénérescences granuleuse, cireuse, vacuolaire; nous n'étudierons ici que la dégénérescence cireuse, bien décrite par Zenker, dès 1862. La dégénérescence cireuse de Zenker se rencontre non seulement dans les myosites d'origine typhique, mais aussi dans le choléra, la tuberculose miliaire, la pneumonie, la variole, la trichinose et la dysenterie. Elle est caractérisée par une véritable coagulation de la myosine qui se traduit par une perte de l'élasticité et une friabilité anormale de la fibre musculaire. La substance cireuse est le résultat de la transformation de la substance contractile de la cellule musculaire; le sarcolemme et les noyaux paraissent conserver toute leur vita-

lité; lors de la réparation tissulaire, les blocs cireux semblent être résorbés et les cellules musculaires se reforment pour reprendre leur fonction physiologique.

Enfin, dans le cas qui nous intéresse, les rapports anatomiques qui unissent les artères épigastrique et mammaire interne au muscle droit, la direction de ces vaisseaux, parallèle au sens de la traction musculaire, peuvent expliquer la rupture d'une branche collatérale de l'un de ces vaisseaux par le simple mécanisme d'une contraction brutale et incoordonnée du muscle grand droit, comme le montre l'observation rapportée par Dixon Hughes.

IV

ETUDE CLINIQUE

Le diagnostic des ruptures fibrillaires des muscles grands droits de l'abdomen repose essentiellement sur :

- la douleur;
- la contracture;
- les nausées et les vomissements.

A ces signes viennent s'ajouter quelques symptômes de moindre importance. Nous étudierons, successivement, les signes *fonctionnels*, les signes *physiques*, les signes *généraux*.

Parmi les signes fonctionnels, à côté de la douleur, des nausées et des vomissements, nous trouverons, dans certains cas, l'arrêt des matières et des gaz.

La douleur est un signe constant; c'est elle qui attire l'attention du malade. Elle est caractérisée par son apparition brutale, son intensité très vive, la forme de « torsion », de « déchirure », de « coup de poignard » qu'elle revêt souvent. Sa localisation élective est sur le bord externe du muscle grand droit, à l'union des deux tiers supé-

rière et du tiers inférieur de ce muscle, ou, du moins, c'est en ce point qu'elle atteint son maximum d'intensité. Elle est notablement accrue dans tous les mouvements de flexion active de la cuisse sur le bassin, ou du bassin sur la cuisse. Elle reste vive pendant la première journée qui suit l'accident, puis décroît rapidement avec le repos au lit.

Les nausées et les vomissements, bien que fréquents, sont loin d'être un signe constant. Ils ont leur origine dans l'irritation péritonéale, s'il y a hématome sous-péritonéal et, à plus forte raison, dilacération péritonéale, ou, plus simplement, peut-être, dans la sensation douloureuse très vive ressentie par le sujet lors de la rupture.

L'arrêt des matières et des gaz est un signe rare mais qui peut exister en dehors de toute lésion péritonéale.

Les signes physiques sont dominés par la contracture ; on rencontrera fréquemment aussi la voussure et, beaucoup plus rarement, l'encoche inter-fragmentaire.

La contracture existe dans 60 % des cas ; sa pathogénie est très discutée. Pour Markenzie, la contracture s'explique par un réflexe à point de départ viscéral ; cet auteur a montré, en effet que le muscle grand droit de l'abdomen est susceptible de se contracturer par petites sections ; chacune de ces sections empruntant son innervation à une racine spinale différente par l'intermédiaire des nerfs intercostaux. Pour Zaccarie Cope, il s'agit d'un réflexe péritonéo-pariéto-moteur qui a son origine dans une irritation du péritoine pariétal. Alglave, enfin, affirme qu'il s'agit bien d'un phénomène réflexe, puisque la contracture disparaît après anesthésie. Les auteurs s'accordent pour reconnaître qu'il n'y a pas forcément relation entre le degré de l'irri-

tation causale et l'importance de la contracture consécutive.

La valeur du réflexe varie avec la qualité du système nerveux végétatif, la qualité du muscle pariétal, l'âge du sujet et le moment où ce dernier a été observé: on constate, en effet, qu'il y a une véritable fatigue du réflexe neuromusculaire.

La voussure revêt une forme de « galet », comme nous l'avons vu à propos de l'étude anatomo-pathologique des ruptures avec hématome; elle fait souvent penser à une tumeur profonde (torsion du kyste de l'ovaire). Massenbach note un symptôme de valeur: l'ecchymose localisée à la périphérie de la tuméfaction.

Enfin, l'encoche inter-fragmentaire, qui traduit les déchirures fibrillaires importantes, est un signe excessivement rare.

Les signes généraux n'ont rien de pathogénomique; on signale le plus souvent une légère élévation de la température, n'excédant jamais 38° , une faible accélération du pouls. Les phénomènes de shock sont exceptionnels dans les ruptures fibrillaires.

Les signes négatifs ne sont pas sans importance pour le diagnostic: signe de Jacob négatif et sédation rapide des douleurs par le repos.

V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si la confusion avec une crise d'appendicite aiguë est l'erreur la plus fréquente, on peut dire qu'en présence d'une rupture fibrillaire du muscle grand droit, tous les diagnostics d'abdomens aigus ont été posés: Richardson signale celui de hernie étranglée, Wolghemuth celui de torsion de kyste de l'ovaire.

Pour le diagnostic différentiel, on se basera essentiellement sur deux signes: la douleur et la voussure.

La douleur, signe constant, de par son siège à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur du bord externe du grand droit dans les ruptures spontanées par effort, en impose évidemment pour une appendicite aiguë, d'autant plus qu'elle s'accompagne fréquemment d'état nauséeux, de défense de la paroi, d'une légère élévation thermique; mais les formes à hématomes sous-péritonéaux exceptées, on ne note pas de signes péritonéaux: le signe de Jacob et le toucher rectal seront négatifs.

La voussure peut faire penser à une hernie étranglée; dans ce cas, les anamnestiques, la persistance du transit intestinal constitueront des éléments importants du dia

gnostic; dans l'observation que nous avons rapportée, il y avait eu tous les signes physiques d'une éventration avec étranglement et la réduction par auto-taxis pouvait faire croire à une réduction en masse et commander de ce fait l'intervention.

Dans le cas d'une confusion possible avec une torsion du kyste de l'ovaire, un transit intestinal normal, les anamnestiques et les éléments apportés par le toucher vaginal seront de bons signes pour éviter une erreur de diagnostic.

VI

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le pronostic des ruptures musculaires incomplètes, que nous venons d'étudier rapidement, est un pronostic essentiellement bénin.

En ce qui concerne le traitement, l'opinion de Girard Rosan semble prévaloir lorsqu'il s'agit des ruptures compliquées et de certaines ruptures complètes qui s'accompagnent de signes de réaction péritonéale: dans certains cas, en effet, la laparotomie exploratrice extemporanée permet seule d'affirmer qu'il n'y a pas de lésion viscérale; d'autre part, le danger d'atrophie avec rétraction secondaire, le risque d'éventration progressivement croissante, l'envahissement fibreux du muscle, justifient les préventions de cet auteur à l'égard des réfections tardives.

Les ruptures incomplètes, elles, commandent, au contraire, l'abstention. Le but du traitement est alors de rendre sa solidité à la paroi abdominale et, éventuellement, de faire céder un hématome susceptible de s'infecter.

Les formes légères, caractérisées par un syndrome douloureux avec faible contracture pariétale sans hématome sont justiciables du repos au lit en décubitus latéral; afin

de permettre le rapprochement des deux points d'insertion du muscle grand droit, le malade devra fléchir les cuisses sur le bassin. Quelques compresses chaudes *loco dolenti* apaiseront les douleurs.

Dans les formes avec hématome, on sera parfois amené à vider l'hématome s'il est important et s'accompagne de phénomènes de shock, à mécher la cavité et même à lier les vaisseaux qui saignent. Si la plaie musculaire est nette, on aura intérêt à pratiquer une suture par première intention.

Enfin, dans les déchirures plus importantes, l'intervention se fera en deux temps : évacuation de l'hématome puis suture des extrémités musculaires. Massenbach rapporte un cas où, du fait des délabrements importants, il dut se servir de la musculature latérale pour combler la brèche.

VII

CONCLUSIONS

A côté des ruptures musculaires importantes, comme celle dont nous avons rapporté l'observation, intéressantes par les circonstances de leur apparition et leurs conséquences médico-légales possibles, il nous a paru utile d'insister sur les ruptures incomplètes fibrillaires du muscle grand droit de l'abdomen qui doivent leur importance aux erreurs de diagnostic dont elles sont souvent l'occasion.

Il convient donc, en présence d'abdomens aigus, de penser à la possibilité d'une de ces ruptures fibrillaires relativement rares, certes, mais tellement différentes des affections dont elles empruntent la symptomatologie par la bénignité de leur pronostic et la simplicité du traitement qu'elles comportent.

D'ailleurs, le nombre de diagnostics de ruptures fibrillaires serait peut-être plus important si l'on cherchait à approfondir la pathogénie de certaines petites réactions appendiculaires sans lendemain, guéries par quelques jours de repos.

BIBLIOGRAPHIE

- AURÉGAN. — Etude sur les hématomes musculaires. *Thèse Bordeaux*, 1898.
- BACHY. — Contribution à l'étude des hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen. *Thèse de Lille*, 1930-1931.
- BONNET et MICHON. — Hématome de la gaine du grand droit avec laparotomie. *Presse Médicale*, 26 mai 1943.
- BOPPE. — Hématomes et abcès de la paroi antérieure de l'abdomen. *Journal de la Chirurgie*, 1922, t. 19, p. 245.
- CAREY-CULBERTSON. — Hématomes spontanés de la gaine des droits de l'abdomen. *Journal de Chirurgie*, 1926, p. 740.
- CARNOT. — L'hématome du grand droit des hépatiques. *Paris Médical*, an XIV, n° 20, 17 mai 1924, p. 464.
- CHANTEMESSE. — Fièvre typhoïde. *Traité de Médecine*, Masson, 1899, t. II.
- DELMAS. — Hématome spontané de la paroi abdominale donnant un syndrome d'abdomen aigu.
- Le faux syndrome appendiculaire aigu dans les déchirures fibrillaires du muscle grand droit de l'abdomen à droite. *Thèse de Montpellier*, juillet 1939.

DEVÉ. — Le coup de fouet épigastrique des cirrhotiques. *Soc. de Méd. de Rouen*, 8 janv. 1923, in *Normandie Médicale*, 1^{er} février 1923.

DIXON HUGHES. — Hématome du grand droit par rupture d'une collatérale de l'épigastrique. *The Medical Journal of Australia*, vol. I, n° 23, 10 juin 1939, p. 868.

Encyclopédie médico-Chirurgicale.

GUEULETTE. — *Journal de Chirurgie*, juillet 1934.

GIROT (R.). — Les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen.

GUIBAL (G.), CURNOT (A.). — Hématome sous-péritonéal et contracture abdominale. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. LIX, n° 10, 18 mars 1933.

— Importance du sang comme facteur d'irritation péritonéale (hématome sous-péritonéal). *Presse Méd.*, n° 41, 582-585, 12 avril 1933.

KAPEL. — Rupture sous-cutanée du muscle droit, en particulier chez les gens âgés. *Zentralb. für Chir.*, t. LVIII, n° 27, p. 1693, 4 juillet 1931, cité in Mondor.

KATZAREFF. — Rupture spontanée de l'artère épigastrique. *Lyon Chirurgical*, 18 sept., octob. 1921.

KUHLE. — Hématomes spontanés de la paroi abdominale. *Munich Mediz. Wochen*, t. LXXVIII, n° 39, 25 sept. 1931, p. 1630, in Mondor.

LAROYENNE. — Hématome spontané du muscle droit de l'abdomen. *Soc. de Chir. de Lyon*, 4 juin 1920, in *Lyon Chirurgical*, sept.-oct. 1920.

LOEPER et TURPIN. — Hématome du grand droit et du psoas. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, p. 1204.

- MASSENBACH (W.-V.). [Gottingen]. — Rupture spontanée et hématome du muscle grand droit de l'abdomen pendant la grossesse. *Zentralb. für Gynäkologie*, an 65, n° 26, 28 juin 1941, pp. 1214 à 1219.
- MONDOR. — Les diagnostics urgents. Abdomen. *Masson et Cie*.
- PATEL. — *Soc. de Chir. de Lyon*, septembre 1920.
- PAUL. — Rupture spontanée du muscle grand droit simulant une appendicite. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, p. 340.
- PAYNE (R.-L.) [Norfolk]. — Rupture spontanée des artères épigastriques supérieure et inférieure dans la gaine des droits abdominaux. *Annals of Surgery*, vol. 108, n° 4, oct. 1938, pp. 757 à 768.
- POULAIN. — L'hématome du grand droit des hépatiques. *Thèse Paris*, 1924, n° 109.
- RICHARDSON. — *Gaz. Méd.*, 1858. Déchirure de l'artère épigastrique, in Mondor.
- RÉNY. — Les syndromes pseudo-péritonéaux. *Thèse Nancy*, 1928.
- SOURDAT et DE BUTLER. — Hématomes du muscle grand droit. *Picardie Méd.*, n° VIII, oct. 1934.
- SUIRE. — Chocs traumatiques et hématomes péri-péritonéaux pelviens et lombaires. *Presse Méd.*, 3 avril 1943.
- TAPIE. — Les hématomes leucémiques. *Thèse Toulouse*, 1920.
- WOHLGEMUTH. — Rupture sous-cutanée du muscle droit de l'abdomen. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 122, f. 3, 1923, p. 648. Résumé in *Journal de Chir.*, t. XXI, 1923, p. 640).

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

Les faux abdomens aigus d'origine pariétale,

par Henry MALLET.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 9 mars 1944.

Le Professeur,
AIMES.

Vu:
Montpellier, le 9 mars 1944.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 mars 1944.

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

